

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. MACICA PODWÓJNA CZYLI PRZEDZIELONA

i pochwa podwójna czyli przedzielona.

(*Uterus duplex v. septus cum vagina duplex s. septa*).

Przypadek przedstawiony d. 28-IX, 1906, na posiedzeniu sekcji ginekologicznej
Warsz. Towarzystwa Lekarskiego.

OPISANIE

D-r Józef Jaworski.

W szeregu wad rozwojowych kanału rodniego kobiecego, wśród licznych odmian, macica podwójna czyli przedzielona, szczególnie jej postać, którą miałem możność ostatnimi czasy spostrzec i przedstawić do zbadania na posiedzeniu Sekcji ginekologicznej Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, należy do rzadkości.

Przedewszystkiem, muszę w tem miejscu przypomnieć, że pod mianem macicy podwójnej czyli dwukomorowej rozumiemy macicę, mającą tylko jeden wspólny trzon. Według pracy znanego ginekologa rumuńskiego, Jonesco, niedawno ogłoszonej¹⁾,

¹⁾ Jonesco. „Uterus didelphe. Kyste de l'ovaire. Castration abdominale totale. Guérison“. Bullet et memoires de la Socie chirurgie de Bucarest. N-r 3, 1905. Referat w Semaine Medicale. 1905.

przypadki macicy podwójnej, niedwurożnej są bardzo rzadkie. Autor ten znalazł tylko jeden przypadek u pewnego autora angielskiego. Jama macicy takiej jest przedzieloną przegrodą na dwie części; dno macicy bywa dobrze rozwinięte i posiada lub nie, prawidłowe wypuklenie nazewnątrz. Zdarza się, że dno bywa płaskie, jama trójkątna (*uterus triangularis incudi formis*), a zewnętrzny wygląd macicy takiej swym kształtem przypomina kowadło. Gdy pośrodku dna znajduje się siodełkowate wgłębienie, jako ślad podziału, mamy wtedy t. zw. *uterus arcuatus*. Trzon macicy zazwyczaj bywa nieco powiększony, szczególnie w wymiarze poprzecznym, zdarza się jednak, iż jest zupełnie wymiarów zwykłych. Względnie do tego, czy przegroda dzieli jamę macicy i jej szyjki na dwie części, zupełnie oddzielone, lub ten rozdział jest tylko częściowy, rozróżniamy dwie postaci dwukomorowej macicy: *uterus septus duplex* i *uterus subseptus*.

Odmianą tej postaci ostatniej, względnie do tego, gdzie znajduje się przegroda i na jakiej przestrzeni, bywa: *uterus subseptus uniformis*, gdy zupełna przegroda nie sięga ku dołowi do *orificium externum*, wskutek czego ono nie jest podwójnem; *uterus subseptus unicolis*, gdy przegroda sięga tylko do *orificium internum*, a ztąd istnieje tylko jedna szyjka; *uterus subseptus unicorporeus*, gdy przegroda zupełna znajduje się tylko w okolicy dna macicy, a w części pozostałej jamy albo zupełnie nie istnieje, lub w postaci występu przebiega po tylnej lub przedniej ścianie macicy.

W końcu spotykamy *uterus biforis supra simplex* (*uterus infra-septus Winckela*), gdy przegroda istnieje w postaci fałdy w okolicy części dolnej szyjki i rozdziela *orificium externum* na dwa, oddzielne, otwory. Otóż, przypadek ten, który obecnie spostrzegalem, przedstawiał postać, znaną pod nazwą: *uterus septus duplex s. bilocularis*.

Przechodzę jednak do opisu przypadku mego, jak on się mnie przedstawił przy pierwszym badaniu.

Przy końcu września, r. b. zgłosiła się do mnie 19-letnia

włościanka z pod Warszawy, od roku zamężna, ze skargą, iż przed 3-ma miesiącami poroniła płód bliźniaczy w 3-cim miesiącu ciąży i od tej pory w ciążę nie zachodzi. Z zapytań okazuje się, że osoba ta menstruuje prawidłowo. Typ miesiączki 4—5/IV, nieco bolesnej.

Przy badaniu znalazłem: po odchyleniu warg sromnych widać w wejściu do pochwy słupek mięsisty, gruby, pionowo, t. j. z tyłu ku przodowi ustawiony, dzielający wejście do pochwy na dwie symetryczne połowy — prawą i lewą.

Na obwodzie obu otworów tych widnieją resztki, a zatem dwu, błon dziewiczych.

Przy dalszem badaniu wewnętrznem stwierdzam, że przedłużeniem tego słupka mięsistego, bardzo wydatnie nazewnątrż się uwypuklającego, jest jednolita, mięsista przegroda na całym przebiegu pochwy. Przegroda ta dzieli więc pochwę na całej długości. Obie połowy pochwy nie łączą się ze sobą w żadnem miejscu.

Jest to więc całkowita przegroda pochwy. Tym sposobem mamy w tym przypadku pochwę podwójną, czyli przedzielną. Vagina duplex, s. septa. Szerokość i pojemność obu tych pochw jest niezupełnie jednaka. Lewa okazuje się nieco większą, niż prawa.

Zdecydowanie tego, czy większa pojemność jednej połowy zależną jest od wady rozwojowej, t. j. czy jeden z przewodów Müller'a mniej się rozwinął w porównaniu z drugim, lub też poszerzenie pochwy nastąpiło dopiero później, niejako wtórnie, zawsze bywa niełatwem do rozstrzygnięcia. Zresztą, w tych razach, trzeba wziąć pod uwagę i podatność przegrody. Ta zbytnia podatność przegrody przeszkadzać może przy badaniu do ściślejszego określenia pojemności danej połowy pochwy, przedstawiającej się większą kosztem drugiej połowy.

W obu pochwach wyczuć się dają i przez lusterko obejrzeć dokładnie można dwie części pochwowe, dobrze i prawidłowo ukształtowane.

Na częściach pochwowych stwierdzić można, na każdej, otwór zewnętrzny prawy w postaci szczeliny poprzecznej, lewy okrągły. Oba otwory drożne. Zgłębnik przenika przez knźdy otwór do jamy macicy. Badanie jednoczesne obu jam dwoma zgłębnikami metalowymi nie ujawnia właściwego tarcia metalu o metal. Zgłębnik haczykowato zagięty nie daje się przeprowadzić z jednej połowy jamy do drugiej. Wymiar podłużny prawej macicy wynosi 6 ctm., lewej — $6\frac{1}{2}$ ctm.

Przy badaniu dwuręcznem okazuje się, że trzon macicy, nieco poszerzony, znajduje się w umiarkowanym tyłopochyleniu. Dno wydaje się jakby płaskiem, zwykłego uwypuklenia, nawet przy badaniu przez odbytnicę, określić nie można. Przejście trzonu w szyjkę ostre, pod kątem, zbliżonym prawie do prostego. Sklepienia wolne. Jajniki wyczuwalne; lewy nieco powiększony.

Tym sposobem mieliśmy tutaj, jak już nadmienilem, macicę podwójną, przedzieloną, czyli dwukomórkowa i pochwę przedzieloną, czyli podwójną.

Oдноśnie pochwy takiej, to częściej spotyka się tę wadę ustrojową, wyrażoną tylko częściowo. Wynika to z tego, że przewody Müller'a na pewnej przestrzeni, w górnej lub dolnej części, łączą się zupełnie, tworząc jedną pochwę, tymczasem, gdy w drugiej części się nie łączą, mamy wówczas dosyć często spotykane: vagina subsepta s. vagina partim septa i, oprócz tego, albo supra simplex, albo infra simplex.

Zdarza się także, że przegroda znajdować się może tylko w środkowej $\frac{1}{3}$ pochwy i obejmować tak nieznaczną przestrzeń, iż może być mowa w takim razie tylko o fałdzie mięsistej.

Przechodząc do objawów podmiotowych, to u osoby, którą przedstawiam, nasamprzód ze strony sfery płciowej udaje się stwierdzić, iż miewa ona perjody prawidłowe. Możliwość jednak rozbieżności, co do czasu miesiączki, dla każdej jamy macicy, udowodnioną została, między innymi, przez spo-

strzeżenie Blackwood'a ¹⁾, który opisał uterus septus duplex c. vagina septa, gdzie przy prawidłowym typie miesiączki krwawienie następowało z każdej jamy kolejno.

Następnie, w przypadku moim, kobieta ta, co do libido sexualis—nie doznaje jej wcale. Przy spółkowaniu doświadcza bólu, szczególnie, gdy coitus odbywa się w prawej pochwie, ma mniejsze uczucie bólu, gdy w lewej.

Ciąża nastąpiła u niej łatwo, w parę miesięcy po ślubie. W 3-cim miesiącu jednak bez powodu poczęły pojawiać się bóle okresowo, coraz silniejsze i pomimo zastosowywania się do wskazówek lekarza nastąpiło poronienie płodu bliźniaczego. Przebieg był pomyślny; obecnie ta kobieta czuje się dobrze, jedynie skarży się na anaesthesię seksualną i dyspareunię oraz na niemożność zajścia w ciążę.

Nie zawsze jednak przy macicy podwójnej zajście w ciążę odbywa się pomyślnie i prawidłowo. Pouczającym pod tym względem jest przypadek z kliniki prof. Kosińskiego, opisany przez T. Solmana ²⁾. U kobiety 20-letniej w klinice rozpoznano: ciążę zewnątrzmaciczną i sposoczenie worka płodowego. U chorej tej przed 3-ma tygodniami było wykonane, na prowincyi, nakłucie próbne. Chora gorączkowała; w lewym sklepieniu pochwy ropień. Wykonano laparotomię, wydobyto płód wymiękły i łożysko, zawarte w macicy posiadającej tylko jeden jajowód i jajnik lewy, a obok tego drugą macicę prawą, prawidłowej wielkości i kształtu z prawym jajowodem i jajnikiem. Połączenie tych macic znajdowało się poniżej wewnętrznego ujścia. W miejscu odpowiadającym lewej części pochwowej znajdował się ropień, wyczuwalny przez lewe sklepienie pochwy. Chora 7-go dnia po operacyi zmarła wśród objawów gnilnego zapalenia otrzewny. Badanie pośmiertne między inne-

¹⁾ W. R. D. Blackwood (Philadelphia). „Fall von uterus septus vagina septa mit alternirender Menstruation aus jeder uterus hälfte“. Referat z Philad. med. Times. Centr. f. Gynaekologie. 1880.

²⁾ T. Solman. „Ciąża w macicy podwójnej. (Uterus didelphus. Graviditas)“. Medycyna. 1884.

mi wykazało: Nerki lewej i nadnercza brak zupełny, ani śladu lewego pęcherzowego ujścia moczowodu. Natomiast nerka prawa, prawie w dwójnasób przerosła, zdrowa zupełnie. Macice dwie: prawa pozostawiona w całości, z lewej (operowanej) pozostała tylko dolna część trzonu i szyjka; obie otwierają się do wspólnej pochwy; każda posiada swoją część pochwową i ujście zewnętrzne, rozdzielone jedno od drugiego przestrzenią, 8 mm wynoszącą.

W przypadku tym istniała macica podwójna przy pochwie pojedynczej, wspólnej. Znaczne wady rozwojowe ze strony nerek uzupełniały ten ciekawy obraz nieprawidłowości anatomicznych, powstałych na przebiegu prawie całego kanału moczowo-rodnego.

Trudnem wydaje mi się orzekać, o ile i w jakim stopniu, w podobnych przypadkach, zarówno nieprawidłowość ciąży co do miejsca, jak i przebieg jej i opóźnienie w rozwiązaniu—chora ta w 10 $\frac{1}{2}$ miesięcy od ustania miesiączki poczuła bóle porodowe — zależnem bywa od wad rozwojowych kanału rodowego.

Są autorzy, którzy, jakby w przewidywaniu groźnych następstw w razie ciąży, u kobiet obarczonych podobnemi nieprawidłowościami, decydują się nawet na zupełną kastracyę. Potwierdza to przypadek Jonesco ¹⁾). Wykonał on zupełne usunięcie macicy podwójnej, niedwurożnej wraz z przydatkami. U kobiety tej istniała i podwójna pochwa.

Co do przebiegu ciąży i rozwiązania w wadach rozwojowych macicy i pochwy istnieje dosyć spostrzeżeń. Jednem z ostatnich jest—Stähler'a ²⁾). Opisuje on poród u 27-letniej pierwiastki. Dno macicy leżało po prawej stronie u brzeżu żeber. Płód żywy w II położeniu poślądkowem. Przy badaniu stwierdzono: 2 otwory, prowadzące do dwóch pochw

¹⁾ Jonesco. L. c.

²⁾ Stähler. „Geburt bei uterus duplex biernis cum vagina septa“. Centrallblatt f. Gynäkologie. 1906.

prawie jednakiej szerokości, rozdzielonych pośrodku przegrodą. Dwie szyjki; prawa grubsza, rozpulchniona. Zupełnie otwarcie nastąpiło dopiero po 30 godzinach. Sprowadzono nóżkę i wydobyto płód. Po porodzie okazało się: lewa szyjka poprzedniego kształtu, obrzękła; przegroda pochwowa rozerwana na $\frac{2}{3}$ przestrzemi; pęknięcie krocza. Obie macice połączone były z sobą wąską fałdą.

W przebiegu ciąży ważną rolę w przypadkach macicy podwójnej odgrywa przegroda, jej rozmiary, podatność, rozciągliwość.

Gdy w jednej macicy rozwija się płód, ściany drugiej, nie brzemiennej macicy, ulegają przerostowi, jama jej się rozciąga w wymiarze podłużnym i cała połowa ta szczelnie przylega do stopniowo powiększającej się macicy brzemiennej.

Nie zawsze jednak bywa tak pomyślny przebieg ciąży. Zbyt mała pojemność jednej z jam dwukomorowej macicy, mianowicie macicy brzemiennej, przy małej podatności przegrody, przy niedostatecznej rozciągliwości jej, powodować może, w miarę wzrostu płodu, poronienia.

W takich przypadkach w razie ponawiania się poronień, wskazaną bywa operacya, polegająca na usunięciu przegrody pomiędzy macicami.

Operacyi takiej dokonał, przez rozcięcie nożyczkami przegrody w dwukomorowej macicy, Schroeder ¹⁾ u kobiety, która dwa razy z rzędu ronila. Ciąża, w którą zaszła po operacyi, już pomyślnie przebiegała do samego końca.

W moim przypadku, który podaję, w razie powtórzenia się poronienia, nie omieszkać wykonać operacyę usunięcia przegrody zarówno w macicy, jak i w pochwie.

¹⁾ P. Runge. „Ein Fall von Schwangerschaft bei uterus septus“. Posiedzenie Tow. Ak. w 3-VI, 1883, w Berlinie. Zeitschrift f. Geburtsk. u. Gynaekologie. X, 1884.

Z pracowni chemiczno-bakteryologicznej Szpitali Warszawskich
w szpitalu ś-go Ducha.

II. O działaniu farmakologicznem kakodylanu sodu.

PODAŁA

D-r med. Matylda Biehler.

(*Ciąg dalszy*).

Przypadek 3-ci.

Chora 40-letnia (z kliniki terapeutycznej; waży 140 f.) ma białaczkę.

Badanie krwi: ciężar gatunkowy 1043, hemoglobiny 47%: czerwonych ciałek 1,225,000, białych—65,000.

Zastrzykiwania Natri Cacod. à 0,05 robiłam co drugi dzień. Po 12 zastrzykiwaniach chora czuje się znakomicie: wstaje, chodzi (dotychczas leżała), ma apetyt, na bóle żadne się nie skarży (poprzednio miała silne bóle w okolicy śledziony, która wychodziła po za pępek na szerokość 4-ch palców, była twarda. Obecnie śledziona mięka, znacznie zmniejszona, wychodzi za pępek na szerokość 1 palca). Chora tak doskonale się czuje, że dłużej w szpitalu pozostać nie chce i wypisuje się po miesięcznym pobycie. Waży 145 f.

Badanie krwi po 12 zastrzykiwaniach wykazuje: ciężar gatunkowy 1046, hemoglobiny 52%, czerwonych ciałek 1,025,000, białych—38,000.

Przypadek 4-ty.

Chora W., objawy niedokrewności i histero-neurastenii. Waży 134 f.

Badanie krwi: ciężar gatunkowy 1052, hemoglobiny 70%, czerwonych ciałek 6,025,000, białych—4,980.

Po 24 zastrzykiwaniach \bar{a} 0,05, robionych co drugi dzień, chora waży 145 f.; czuje się znakomicie: wszystkie dolegliwości neuropatyczne zniknęły; chora spokojna, śpi doskonale, ma apetyt, nie ma bólu głowy ani uczucia zmęczenia, które jej poprzednio dokuczało.

Badanie krwi pod 24 zastrzykiwaniach, t. j. po przyjęciu 1,20 Natri Cacod., wykazuje: ciężar gatunkowy 1056, hemoglobiny 84%, czerwonych ciałek 3,880,000, białych—3,600.

Przypadek 5-ty.

Chora B. po malaryi, waży 125 f.

Skład krwi następujący: ciężar gatunkowy 1048, hemoglobiny 71%, czerwonych ciałek 4,350,000, białych—9,000.

Zastrzyknięto 24 ampułki po 0,05. Chorej przybyło 9 funtów.

Badanie krwi po kuracyi wykazuje: ciężar gatunkowy 1052, hemoglobiny 78%, czerwonych ciałek 3,590,000, białych—7,800.

Przypadek 6-ty.

Chora lat 27, bardzo osłabiona, blada, cierpi na częste bóle głowy (objawy niedokrewności, szmery i t. p.); waży 125 funt.

Badanie krwi wykazuje: ciężar gatunkowy 1051, hemoglobiny 73%, czerwonych ciałek 4,780,000, białych—7,800.

Zrobiono 20 zastrzykiwań po 0,05. Po Natri Cacod. przedmiotowa i podmiotowa poprawa bardzo znaczna. Waży 138 funtów.

Skład krwi wykazuje: ciężar gatunkowy 1052, hemoglobiny 73%, czerwonych ciałek 4,350,000, białych—3,100.

Przypadek 7-my.

Chora D., lat 38; ciężka neuropatya (waży 148 f.); objawy niedokrewności.

Badanie krwi wykazuje: ciężar gatunkowy 1047, hemoglobiny 80%, czerwonych ciałek 4,700,000, białych—6,400.

Po 18 zastrzykiwaniach à 0,05 wygląd doskonały, samopoczucie również; skarg bardzo niewiele.

Badanie krwi wykazuje: ciężar gatunkowy 1052, hemoglobiny 85%, czerwonych ciałek 4,150,000, białych—6,300.

Chorej przybyło wagi 8 f.—waży 156.

Z wyżej przytoczonych przypadków widzimy:

1) Tak królikom, jak i ludziom przybywało wagi.

2) We wszystkich przypadkach zauważyliśmy:

a) zwiększenie ciężaru gatunkowego krwi;

b) „ „ ilości hemoglobiny;

c) zmniejszenie ilości czerwonych ciałek krwi;

d) „ „ białych „ „

3) Stan ogólny chorych, leczonych kakodylem, znacznie się polepszył (zwiększenie łaknienia, poprawa samopoczucia, wzmożenie odżywiania, poprawa barwy skóry).

Kakodyl, jak widzimy, swoiście wpływa na skład krwi, zwiększając ilość hemoglobiny w każdym ciałku czerwonym, aczkolwiek zmniejszenia ilości czerwonych ciałek za objaw dodatni uważać nie można.

Zmniejszenie ilości czerwonych i białych ciałek krwi należy kłaść na karb leku. zważywszy, że w 3-ch przypadkach z wyżej przytoczonych, badałam u chorych krew w przerwach pomiędzy zastrzykiwaniami, a wtedy ilość czerwonych i białych ciałek się zwiększała.

Na zasadzie więc naszych badań nie możemy zgodzić się z szeregiem autorów, którzy przypisują arsenikowi krwiotwórcze działanie.

Dodatnie wyniki, otrzymane przy leczeniu kakodylem w tych wszystkich przypadkach, w których skład krwi się zmniejsza, tłumaczyć można tem, że preparaty kakodylowe pobudzają odżywianie, podnoszą krzepkość tkanek (Gautier) i działają na rozszerzenie naczyń włoskowatych, wskutek czego następuje większy przyływ krwi, większa przemiana białka

i przejście pożywnych części z krwi do tkanek (Vandray, Lalliot). Niektórzy twierdzą, że dodatni wpływ, jaki kakodyl wywiera na ogólny stan chorego, polega na tem, że środek ten przeciwdziała różnym toksynom, źle działającym na krew (Birch, Hirschfeld, Gautier). W każdymbądź razie kwestya rozstrzygnięta nie jest.

III. DZIAŁANIE KAKODYLU NA PROCESY UTLENIANIA W USTROJU.

Według Binz'a działanie arszeniku polega jedynie na zwiększaniu utleniania, ztąd po przyjęciu arszeniku widzi się zmniejszenie ilości glikogenu w wątrobie, oraz zwiększenie ilości azotu w moczu, niemniej osłabienie siły toksyn w ustroju (malarycznych np.).

Nie wszyscy jednak podzielają zdanie takiej powagi, jak Binz. Miłowidow robił doświadczenia na psach (określał on ilość wydychanego kwasu węglanego i wody za pomocą metody Paszutina; otrzymane tym sposobem cyfry służyły do określenia ilości wydychanego tlenu) i przekonał się, że pod wpływem małych dawek arszeniku, który psy doskonale znosiły, *utlenianie się zmniejsza*. Wydzielanie wody płucami i skórą się zmniejsza, ilość wdychanego tlenu także, wydzielanie kwasu węglanego spada do 30% niżej normy. Przytem zauważył autor, że ilość tlenu wdychanego i wydychanego (pod postacią kwasu węglanego) zmniejsza się nie w równym stopniu; bardziej uwydatnione jest zmniejszenie ilości wydychanego tlenu. We wszystkich przypadkach otrzymał autor jednakowe wyniki,

Według Robin'a arszenik też osłabia utlenianie.

Z doświadczeń moich, które poniżej przytoczę, robionych na królikach, wynika także, że arszenik pod postacią kakodylu osłabia utlenianie.

Dla określenia siły utleniania danego ustroju istnieją różne sposoby. Jednym z najlepszych okazał się sposób prof. Nenckiego. Sposób ten polega na własności benzolu przechodzenia w fenol dzięki utlenianiu; benzol utlenia się w fenol wszędzie, gdzie się znajduje czynny atomowy tlen, zarówno po za obrębem ustroju, jak i w ustroju ludzkim lub zwierzęcym. Według badań Naunyn'a, Szulzen'a i Nenckiego benzol, wprowadzony do ustroju, wydziela się w zmienionym stanie drogami oddechowymi; w niewielkiej ilości także pod postacią brenzkatechinu i hydrochinonu, głównie jednak utlenia się w fenol. Fenol wydziela się wraz z moczem pod postacią eteru siarczanego i glukorynowego kwasu, w określonych i stałych ilościach u jednego i tego samego zwierzęcia lub człowieka.

W celu określenia fenolu posługiwaliśmy się ogólnie znaną metodą Kossler i Penny.

Metoda polega na następującem:

Do 500 cc. moczu (przy słabo zasadowym odczynie), który w celu oswobodzenia od acetonu wyparowywuje się do 100 cc., dodaje się tyle kwasu siarczanego, by dana ilość moczu zawierała go 5%. Kwas siarczany ma na celu rozszczepienie fenolosiarcznych połączeń i związanie amoniaku. Płyn ten poddaje się przekrapłaniu. Do destylatu dodaje się kredy i jeszcze raz się przekrapla. Kredę dodajemy w celu związania tych części kwasu saletrzanego i kwasu mrówkowego, które przeszły w pierwszy destylat.

Tak otrzymany płyn nadaje się do mianowania.

(d. n.).

III. ODCINEK.

Ze Stowarzyszenia Lekarzy Polskich.

I.

O zadaniach Stowarzyszenia Lekarzy Polskich.

Mowa wygłoszona na pierwszym Zgromadzeniu Ogólnem d. 29-XI 1906 r. w imieniu Zarządu

przez

D-ra Teodora Dunina.

Dzisiejszem posiedzeniem inaugurujemy Stowarzyszenie Lekarzy polskich. Nowe to zrzeszenie, którego tak gorąco pragnęliśmy i od którego tak wiele lekarze nasi oczekują, czego dowowem choćby tak znaczna liczba członków, rozpoczyna swą pracę, a Zarząd, na którego barki Koledzy włożyli trudne zadanie kierowania nową instytucją, chce, przez usta swego przewodniczącego, wypowiedzieć, jak pojmuje swe obowiązki i jaki kierunek Stowarzyszeniu nadać zamierza.

Stowarzyszenie powołane zostało do życia nie dlatego, aby pomagało rozwojowi nauki lekarskiej; do tego mamy nasze Towarzystwo Lekarskie, z jego licznemi sekcjami, które zadanie swoje wybornie spełnia. Zadaniem Stowarzyszenia jest wypełniać te braki i luki, jakie istnieją w naszym życiu lekarskiem, czy to ekonomicznem, czy społecznem. Musimy więc przedewszystkiem ogarnąć wzrokiem nasze życie lekarskie, przedstawić je sobie, jakim ono jest, aby dojrzeć w niem te braki, z którymi nam walczyć wypadnie.

W tym celu rozpatrzę życie naszego stanu lekarskiego pod względem etycznym, ekonomicznym, naukowym i społecznym.

Co do pierwszego, to stanowczo powiedzieć możemy, że etyczny poziom lekarzy w Warszawie stoi wysoko, bynajmniej nie niżej, lecz przeciwnie, być może wyżej, od innych grup społecznych i nie niżej od etycznego poziomu lekarzy w innych państwach. Pod tym względem nie cofamy się wstecz,

lecz stanowczo idziemy naprzód. Kto przez ostatnich 30 lat patrzy na nasze stosunki lekarskie, ten dojrzeć w nich musi stałą poprawę; mniej jest dziś zawiści, mniej chęci dojścia do praktyki *per fas et nefas*, a różnice, dzielące lekarzy między sobą, nie są tak wielkie, jak to gdzieindziej ma miejsce. Kto wie, jaka przepaść dzieli zagranicą skromnego praktyka na krańcach miasta, od Geheimratha, zamieszkującego własną willę w arystokratycznej dzielnicy, ten musi przyznać, że u nas stosunki koleżeńskie lepiej się układają. Stwierdzić też z dumą możemy, że stan lekarski zajmuje wybitne i bardzo poważne stanowisko w naszym społeczeństwie, a to zawdzięcza on swej wiedzy, sumienności, gotowości do spełniania obywatelskich obowiązków, a nie w najmniejszym stopniu i swej bezinteresowności i gotowości w każdej chwili do ponoszenia ofiar dla dobra swych chorych. Pod tym względem polski stan lekarski niewątpliwie korzystniej się przedstawia od naszych zachodnich sąsiadów, gdzie często chory, szczególnie też przyjezdny, traktowany bywa, jako obiekt, na którym można zrobić dobry interes. Wprawdzie i u nas odzywają się głosy, któreby na medycynę chciały się zapatrywać z punktu widzenia czysto handlowego, ale życzyć by sobie należało, aby głosy te i nadal pozostały odosobnione. Nie należy zapominać, że lekarze, o ile występują w swem głównem, że tak powiem, przyrodzonym zadaniu, tj. jako leczący pojedynczych chorych, spełniają czysto indywidualne usługi i jeżeli pomimo to ogół odróżnia zawód lekarza od innych fachów, z których usług korzysta, to czyni to niewątpliwie dla dużej wiedzy, jaką przypuszcza w lekarzach, ale też więcej jeszcze może dla tego, że odczuwa w nich coś więcej, niż prostego zawodowca. Chory, oddając lekarzowi w opiekę najdroższy skarb, jaki posiada, tj. zdrowie, nieraz instynktownie czuje, że nie jest w stanie dostatecznie materialnie opłacić oddanej mu usługi: daje, co chce lub może, raz daje za mało, ale też często daje i za dużo, bo płaci za radę, która mu żadnej korzyści przynieść nie może. Ztąd też ułożenie stosunków między lekarzem a chorym w sposób czysto handlowy jest niemożliwe, w interesie zaś powagi naszego stanu życzyliby sobie należało, aby lekarz nie pozbywał się w zupełności tego pierwiastku filantropijnego, z jakim od najpierwszych swych początków medycyna była związana.

Po tem, co powiedziałem, widocznem jest dla mnie, że

Stowarzyszenie nasze w tym dziale naszego życia nie ma żadnych luk do wypełniania; ma ono tylko dbać, aby poziom moralny naszego stanu się nie obniżył, do czego, niewątpliwie, przyczyni się przez stworzenie ogniska, w którym wszyscy lekarze skupiać się będą mogli, a co zawsze w takich razach za tem idzie, przez wytworzenie opinii publicznej, z którą przynajmniej członkowie stowarzyszenia będą musieli się rachować. Do tego działu naszego życia należyć będzie utworzony już Sąd koleżeński, któremu życzyć należy, aby jaknajmniej miał do roboty.

Przechodzimy teraz do ekonomicznego położenia naszego stanu lekarskiego. Położenie to jest w stosunku prostym do zamożności naszego kraju, a więc jest skromne. Warszawa nie jest stolicą wszechświatową, ani nawet stolicą wielkiego państwa, najzamożniejsi ludzie, tj. przemysłowcy, właściciele towarzystw akcyjnych, są cudzoziemcami i w kraju naszym nie mieszkają; pozostaje więc garstka magnatów oraz przemysłowców polaków, którzy także znaczną część życia spędzają zagranicą i tam się leczą; w wynagradzaniu lekarzy stosują się oni mniej więcej do ogólnie przyjętej normy, a więc dość niskiej. Tę niską normę wyrabia stan średni, na którym opiera się przeważnie nasza egzystencja; niską normę zaś wyrabia dla tego, że jest biedny i więcej wynagradzać nie może. Poprawy tych stosunków tak łatwo spodziewać się nie można, wszystko jedno, czy będziemy postępować w dotychczasowy sposób, czy też chcielibyśmy oprzeć się na zwyczajach czysto handlowych. Dowodem tego mogą służyć inne kraje, gdzie, pomimo, iż handlowy sposób załatwiania rachunków więcej jest rozpowszechniony, niż u nas, pomimo zamożności większej, niż u nas, położenie lekarzy, na ogół biorąc, bynajmniej nie jest lepsze, niż u nas. Zresztą z drugiej strony stwierdzić należy, że, na ogół biorąc, lekarze pod względem ekonomicznym nie stoją gorzej od innych grup społecznych. Wprawdzie życie lekarza, jego praca zawodowa wymaga większych wydatków, których nie ponoszą inne zawody, ale też i dochody lekarza zazwyczaj, nawet u nas, są większe.

Gdyby stosunki polityczne szły u nas prawidłowym trybem, tj. gdyby wszystkie urzędy były obsadzone przez polaków, wtedy nauczyciel, sędzia, prokurator, a nawet profesor uniwersytetu, którzy tak samo kończą uniwersytet i życie całe nad sobą pracować muszą, po najdłuższej służbie zarabialiby

3000—4000 rb., gdy tymczasem lekarze w Warszawie o wiele wcześniej osiągają tę sumę i często po za nią przechodzą. Nawet w zawodach t. zw. wolnych, jako to: inżynierowie, adwokaci budowniczo, zarobki z małymi wyjątkami nie bywają większe, niż u lekarzy; oczywiście, możemy mieć na uwadze jedynie tych, którzy nie robią spekulacji lub nie zupełnie prostą drogą dochodzą do majątku.

Nie tyle więc na niskiem wynagrodzeniu i małych zarobkach, na co zresztą nie możemy nic poradzić, polega smutna strona ekonomicznego życia lekarzy. Polega ona przede wszystkim na tem, że lekarze wogóle przeciążeni są pracą, zarówno w dzień, jak w nocy, w takim stopniu, jak to się nie dzieje w żadnym innym zawodzie, następnie—że zmuszeni są do pracowania darmo nie tylko dla biednych ludzi, z czem można się zgodzić, ale, co już jest nadużyciem, dla wielu instytucji społecznych, a, co gorsza, rządowych (np. szpitale), czego już stanowczo niema w żadnym innym zawodzie. Dla tego to lekarze daleko prędzej, aniżeli ludzie innych zawodów, terają swe siły, stają się wcześniej niezdolni do pracy i nieraz bardzo młodo umierają. A tymczasem znaczna część lekarzy, nawet zarabiających dość dużo, ani nie ma zapewnionego dochodu na wypadek choroby lub niezdolności do pracy, ani też nie może być pewną, że po śmierci ich rodziny nie będą potrzebowały wyciągać ręki o pomoc. Wina tego leży zapewne po części w naszej nieogłędności, ale więcej daleko w tem, że nie mamy instytucji na wzajemności opartych, któreby pozwalały lekarzom ubezpieczać się na wypadek choroby, starości lub śmierci. Na tem polu nic prawie u nas nie zrobiono; kasa wsparcia wdów, ta, że się tak wyrażę, dziadowska instytucja, raczej wstyd, niż zaszczyt nam przynosi. Czyż to nie jest śmiesznem, aby lekarz dla zabezpieczenia bytu swej rodziny wydawał 4 ruble rocznie? To też jednym z najważniejszych i najpilniejszych zadań Stowarzyszenia winno być zaprojektowanie, a następnie stworzenie instytucji ubezpieczenia lekarzy. Rzecz prosta, że nie mogą tu wchodzić w żadne jakiegokolwiek szczegóły, mogą tylko powiedzieć, że nie będzie to rzecz łatwa i że wymagać będzie wielu wysiłków i ofiar. Na pomoc społeczeństwa rachować w tym względzie nie można; prędzej już byłaby zasada zwrócić się do rządu z żądaniem, aby w ogólnem prawodawstwie socyalnem, na którą to drogę rząd czy to centralny, czy też nasz autonomiczny wejść musi, uwzględnił

i ubezpieczenia lekarzy, którzy ze względu na charakter swego zarobkowania nie różnią się od innych klas pracujących, a ciężących się np. w Niemczech opieką rządu. Gdyby to się nie udało, wtedy pozostaje, kto wie czy nie najpewniejsza, droga samopomocy; wszyscy lekarze polacy, bez względu gdzie mieszkają, powinni się skupić i czy to sami, czy w połączeniu z innymi zawodami wolnymi, utworzyć instytucję, któraby zabezpieczała byt im samym i ich rodzinom. Nie powinni od tego uchylać się i ci z lekarzy, którzy mają byt zabezpieczony, chodzi tu wszak nie tylko o pojedyncze jednostki, ale i o godność całego stanu, nie ulega bowiem wątpliwości, że zabezpieczony byt materialny stanowi jeden z ważniejszych warunków wysokiego moralnego poziomu.

Drugą ciemną stroną naszego życia ekonomicznego polega na tem, iż młodzi lekarze, zaraz po ukończeniu studyów, nie mają żadnego materialnego oparcia. Stawia to ich nietylko w kłopotliwym materialnem położeniu, popycha niekiedy do szukania zarobków w sposób nie mający związku z medycyną, ale nadto nie pozwala im zajmować się pracą naukową w tych właśnie latach, w których najwięcej do tego mają czasu. Tu już nie pomoże bezpośrednio nasze Stowarzyszenie, ale musi ono starać się u odpowiednich władz, aby w szpitalach naszych zaprowadzono nareszcie posady płatnych asystentów. Gdyby tak, jak się to na całym świecie dzieje, na 40 chorych szpitalnych był jeden płatny asystent, tj. otrzymujący mieszkanie, życie i około 300 rb. pensyi, to już dziś 60 młodych kolegów znalazłoby na 3—4 lat zabezpieczony byt materialny, ze wzrostem zaś ilości łóżek do cyfry normalnej, tj. odpowiadającej potrzebom miasta, mogłoby ich 100 pierwsze lata po skończeniu uniwersytetu spędzić bez troski o jutro.

Sprawę tą już niejednokrotnie poruszano u nas, przy dzisiejszym jednak stanie naszego szpitalnictwa o żadnej reformie nie można było myśleć. Przy przejściu szpitali pod zarząd miasta Stowarzyszenie powinno z całą stanowczością upomnieć się o reformę w tym duchu i przedstawić projekt reorganizacji służby lekarskiej w naszych szpitalach.

Zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, że w naszym życiu lekarskiem przygotowują się ważne zmiany.

Jest niemal rzeczą pewną, że jedną z pierwszych reform, jakie konstytucya za sobą pociągnie, będzie ochrona klas pracujących, oparta na t. zw. socyaliźmie państwowym. Wśród

tej reformy zabezpieczenie zdrowia pracujących w postaci kas chorych zajmie poważne miejsce.

Jeżeli reforma w państwie Rosyjskiem wzorować się będzie na prawodawstwie niemieckiem, wtedy nietylko pracujący w fabrykach i t. d., ale wogóle wszystkie osoby, których dochód nie przewyższa pewnej kwoty, mają prawo pod opieką rządu zrzeszać się w kasy chorych. Wiadomem jest, o ile prawo to, tak chwalebne w swej zasadzie, fatalnie wpłynęło na położenie lekarzy w Niemczech. Kasy chorych wystąpiły w roli kapitalistów i starały się lekarzom, występującym tu w charakterze proletaryatu, narzucać jaknajuciążliwsze warunki, korzystając z obfitej podaży. Dopiero po uciążliwej walce, w której uciekano się nawet do bojkotu i strajków, zaczęli sobie lekarze wywalczać znośne warunki płacy, a to osiągnięto tylko w ten sposób, że do walki ze zrzeszeniem się pacjentów wystąpiło zrzeszenie się lekarzy. I my winniśmy skorzystać z przykładu naszych niemieckich kolegów, musimy być przygotowani na tą reformę i na ewentualną walkę. Będzie to też zadaniem Zarządu zapoznać się dokładnie z zasadami, na jakich opiera się urządzenie kas chorych w Niemczech oraz przyjrzeć się kolejom, jakim one w ciągu 20-letniego istnienia ulegały, a rezultaty tych badań będą przedstawione ogółowi Kolegów. I dziś już jednak, choć kas chorych jeszcze nie mamy, Koledzy nasi są wyzyskiwani przy obsadzaniu posad lekarzy fabrycznych, a dzieje się to dlatego, że nie występują oni zrzeszeni, lecz każdy na własną rękę o posadę się stara. Tu już dziś możemy zaprowadzić reformę przez przeprowadzenie ankiety i ustalenie pewnych norm, od których kolegom, przynajmniej należącym do Stowarzyszenia, nie wolno będzie odstępować.

Aczkolwiek Stowarzyszenie nasze na początek działalność swoją ogranicza do Warszawy, to wszelako w krótkim czasie będziemy musieli zająć się jedną z najważniejszych reform, jaka nas czeka, a mianowicie sprawą pomocy lekarskiej dla ludu wiejskiego. Sprawa ta ma dla nas dwie strony: jedną społeczną, o której jeszcze niżej będzie mowa, a drugą — ekonomiczną, która sprowadzi kompletną przemianę w sposobie praktykowania na wsi.

W jaki sposób reforma ta będzie przeprowadzona, tego jeszcze stanowczo rozstrzygać nie można. Żarysowują się pod tym względem dwa poglądy w społeczeństwie. Jedni żądają, aby ustawę o kasach chorych, jaka niewątpliwie będzie

uchwalona dla robotników, rozciągnąć i na ludność bezrolną oraz parobków wiejskich, gdy tymczasem posiadacze kolonii byłiby pozostawieni własnemu staraniu o swe zdrowie. W tym wypadku tak dodatni nieraz typ niezależnego lekarza prowincjonalnego ocalałby choć w części i tylko musiałby się nagiąć do innych warunków pracy. Inni natomiast są zdania, że organa samorządu powinny wziąć w swe ręce organizację całej służby lekarskiej na wsi, przy czem lekarze weszli by na stanowisko płatnych urzędników. Jakikolwiek obrót ta sprawa weźmie, zawsze jednak lekarze wiejscy pozbawieni będą w znacznej części swej praktyki i albo staną się lekarzami kas chorych albo będą wprost płatnymi urzędnikami, a tak w jednym, jak i drugim wypadku niewątpliwie zarówno kasy jak i organa samorządu starać się będą, aby uzyskać jaknajtańszą pomoc lekarską, czyli—wyzyskiwać ciężkie położenie lekarzy.

I tu więc lekarze całego Królestwa winni się zrzęczyć, aby w zamian za odebraną im możność swobodnego zarobkowania uzyskać możliwe wynagrodzenie. Jedynie tylko Stowarzyszenie może taką akcyę w swych rękach skupić. Bardzo pożytecznem we wszystkich tych sprawach okaże się biuro pośrednictwa pracy, które Zarząd ma zamiar zorganizować; nawet i dziś jest ono już bardzo potrzebnem, nieraz bowiem koledzy osiedlają się w miejscowościach, nie posiadających warunków po temu, czy to dla nieznamomości stosunków miejscowych, czy też wprowadzeni w błąd przez stronne ogłoszenia lub niesumienne obietnice.

Żadne wszakże zrzeczenia, żadne walki nie wpłyną na poprawę warunków ekonomicznych, jeżeli ilość lekarzy stale i nadmiernie będzie się powiększać. Jest to bowiem niewzruszone prawo ekonomiczne, które, wątpię, aby kiedykolwiek przestało obowiązywać, że zwiększone zaofiarowanie musi wpłynąć na obniżenie ceny czy to produktu, czy pracy. A przytem zawód lekarza nie należy do twórczych; z przyrostem lekarzy nie otwierają się nowe horyzonty, które można eksploatować, jak to ma miejsce w zawodach: inżyniera, górnika, kupca, przemysłowca. Pomoc lekarska musi być ściśle zastosowana do potrzeb ludności, a ze wzrostem liczby lekarzy nie wzrasta liczba chorych. Przeludnienie zawodu lekarskiego jest główną przyczyną złego ekonomicznego położenia lekarzy. Wprawdzie ani Stowarzyszenie nasze, ani nikt nie może ustanowić praw, któreby regulowały i oznaczały liczbę potrzebnych lekarzy, co

zresztą byłoby środkiem bardzo niebezpiecznym. Zrobić to może tylko samo życie, ale Stowarzyszenie, przez zbieranie odpowiednich ankiet i oddziaływanie w pismach na opinię publiczną może skutecznie przyczynić się do tego, aby młodzież na innych polach szukała zajęcia i nie powiększała kadrów medycyny. W Galicyi, gdzie przeludnienie lekarzy było nadzwyczajne, skutkiem agitacyi i perswazyi lekarzy liczba studentów na obu fakultetach zeszła do normy, odpowiadającej miejscowym potrzebom.

Przechodzę do naukowego położenia naszego stanu lekarskiego. Trzydzieści pięć lat trwający ostracyzm względem wszystkiego co polskie nie mógł pozostać bez zgubnego wpływu na naszą naukę. Jeżeli z początku Uniwersytet Warszawski nie tylko dawał dyplomy studentom, ale do pewnego stopnia pomagał do naukowego kształcenia się lekarzy, to z biegiem czasu zrywał on coraz bardziej wszystkie nici łączącego ze społeczeństwem z jednej, a z nauką z drugiej strony. Od lat conajmniej 20 lekarze nasi zupełnie niemal stronią od pracowni i klinik uniwersyteckich, a nauka jaka u nas istnieje, jest już naszą własną i za naszą zasługę poczytaną być winna. To też zmieniła ona zupełnie swój charakter, kiedy bowiem za Szkoły Głównej i w początkach Uniwersytetu ogłaszano wyłącznie niemal prace z zakresu medycyny teoretycznej, dziś ten dział medycyny zupełnie zanikł u nas, a praca przeniosła się do jedynie dostępnych dla nas ognisk wiedzy, tu do szpitali.

Pomimo takiego ograniczenia pola naszej działalności, ogólny poziom wiedzy naszych lekarzy bynajmniej nie upadł; przeciwnie możemy powiedzieć, że w tych działach które mogliśmy uprawiać, stoimy o wiele bliżej ogólnej nauki, niż to było lat 30 temu. Braków istniejących w nauce naszej przeważnie teoretycznej, Stowarzyszenie nie będzie mogło usunąć; jak to na wstępie mówiłem, praca naukowa w ścisłym znaczeniu nie jest jego celem, do czego zresztą nie ma środków. Musimy żyć nadzieją że uniwersytet przejdzie w nasze ręce i że pod jego opieką nauka normalnie rozwijać się będzie. Gdyby to nie nastąpiło pomimo największych wysiłków z naszej strony, musimy być przygotowani, że rozwój nauki u nas nie będzie mógł podążyć za wiedzą współczesną, albowiem odcięcie nauk praktycznych od teoryi, tej karmicielki, musi w końcu doprowadzić i praktyczne gałęzie medycyny do zba-

gatelizowania i zaniku. Stowarzyszenie nasze zajmować się może jedynie tem, cobyśmy nazwał surrogatem pomocniczymi stronami nauki. Tu należą najpierw kursy wakacyjne dla kształcenia lekarzy, mianowicie też prowincjonalnych, urządzenie których będzie możliwe zaraz z przejściem szpitali pod Zarząd Miasta. Na drugim planie postawić należy reformę naszej prasy lekarskiej. Musimy niestety to sobie powiedzieć, że pomimo wysiłków całych grup kolegów, pomimo dość wysokiego poziomu nauki, nasza prasa lekarska nie stoi na wysokości swego zadania. Wprawdzie odbywa się i u nas dyferencyacja piśmiennictwa, co jest dowodem rozwoju nauki, wprawdzie posiadamy tak wzorowe wydawnictwo jak Przegląd Piśmiennictwa polskiego, ale nasze czasopisma lekarskie ogólne nie rozwijają się jakby należało, ale być może nawet cofają się wstecz. Przyczyna tego leży, prawdopodobnie, w tem że mamy jak na nasze stosunki materialne i naukowe, pism za dużo. Stowarzyszenie powinno zaprojektować reformę i wpłynąć na pojedyncze grupy Kolegów-wydawców, aby w imię dobra naszego piśmiennictwa połączyli swe usiłowania w jedno i stworzyli wzorowy organ. W ogóle cały nasz ruch wydawniczy chroma i zdany jest na łaskę przygodnych filantropów; być może, że z czasem uda się go zreformować w ten sposób, że stanie na własnych i silnych podstawach.

Do kateryi wymagań naukowych zaliczyłbym jeden projekt, który właściwie więcej związany jest z wykonaniem naszego zawodu niż z nauką. Mam tu na myśli stworzenie zakładu, w którym my moglibyśmy zaopatrywać się w narzędzia, służące do badań naukowych, do badania chorych i do wykonywania operacji, oraz budować instrumenty według naszych własnych pomysłów, a publiczność nabywać utensylia, służące do leczenia i pielęgnowania chorych, oraz do higieny w najobszerniejszem tego słowa znaczeniu. Dzisiaj gdy nam wypada kupić jakiś najprostszy przyrząd, albo część jego musimy umyślnie pisać o to do Berlina, a śmiesznem jest powiedzieć, że przyrządu do leczenia gorącym powietrzem stawów, który każdy blacharz mógłby wykonać, w Warszawie dostać nie można. W Berlinie zawiązało się w podobnym celu akcyjne towarzystwo lekarzy i stworzyło t. z. Medicinischer Waarenhaus, który wybornie prosperuje. U nas tem powinno się zająć Stowarzyszenie, a jeżeli nie będzie w stanie skutecznie tego teraz, bo to wymaga dość znacznych fun-

duszków, to dążyć do tego będzie w najbliższej przyszłości. Tymczasem Stowarzyszenie postara się urządzić pod tym względem przynajmniej pośrednictwo, ewentualnie reprezentację firm zagranicznych, tak aby koledzy lub chorzy potrzebujący instrumentów i t. p. z zagranicy znaleźli w Stowarzyszeniu wskazówki i pomoc,

Przechodzę do ostatniej strony naszego życia tj. społecznej. Pod tym względem działalność nasza ze względu na ogólny panujący system rządowy w kraju była bardzo ograniczona. Wolno nam było zajmować się jedynie filantropią, w którym to kierunku lekarze nasi zawsze szli na czele, czy to dając inicjatywę do nowych instytucyj, czy też służąc radą i pracą innym. I na przyszłość nie powinniśmy się wyrzekać pracy w tym kierunku; doświadczenie poucza, że nawet w krajach w których instytucje społeczno-lekarskie wypełniają jaknajlepiej swoje zadania, pozostaje jeszcze obszernie pole dla filantropii prywatnej i co więcej widzimy że czule serce prywatnego człowieka łatwiej dostrzeże potrzeby biednych i chorych, aniżeli zarządy instytucyj czy to rządowych czy społecznych. Widzimy też, że we wszystkich krajach powstają zupełnie nowe instytucje, stwarzane przez dobroczynność prywatną, które później dopiero wchodzą w zakres działania organów społecznych.

Z nastaniem nowej ery w naszym życiu narodowym, otworzy się dla nas obszerne pole działalności społecznej. Wprawdzie w tym względzie Stowarzyszenie nie będzie mogło odgrywać roli twórczej, może ono jedynie występować z inicjatywą i radą. Ale od nas zależy, aby rady nasze były szanowane i brane pod uwagę, a stanie się to wtedy, jeżeli elaboraty nasze odznaczać się będą powagą i grutowną znajomością przedmiotu, jeżeli z nich wiać będzie duch miłości społeczeństwa, jeżeli wreszcie będziemy mieli nawet nasz własny interes podporządkować interesowi ogółu. Znając uczucia, ożywiające nasz stan lekarski, ani wątpić można, aby tak nie było.

Bieg wypadków w kraju wysunie niewątpliwie na porządek dzienny wiele spraw społecznych z blizka obchodzących lekarzy. Stowarzyszenie czuwać będzie nad tem, aby żadna z tych spraw nie była załatwiona bez naszego udziału i we właściwej chwili zabierze głos. Dziś już możemy wskazać na dwie pierwszorzędnej doniosłości sprawy nas bliżej obchodzą-

ce: mam tu na myśli reformę szpitalnictwa w Warszawie i na prowincyi, oraz urządzenia pomocy lekarskiej dla ludności wiejskiej. Co do pierwszego, to dla Warszawy przynajmniej nagromadzono już dużo materiału, który tylko przejrzeć i w czyn wprowadzić należy. Reforma szpitali w Warszawie objąć winna: powiększenie ich liczby, decentralizacją dopuszczenie ogółu do kontroli, reformę służby lekarskiej, a uiano- wicie zmniejszenie liczby ordynatorów oraz ustanowienie odpowiedniej liczby płatnych asystentów.

O pomocy lekarskiej na wsi już wyżej była mowa. Aczkolwiek dotyka ona zbliżona bytu lekarzy, to jednak nie będziemy na nią patrzeć jedynie z tego punktu widzenia. Nie ma żadnej wątpliwości, że, odczuwając całą nagłą potrzebę reformy stosunków zdrowotnych na wsi, lekarze nasi, pomimo iż będą pamiętać i o tem, aby nie zostali pokrzywdzeni, na pierwszym jednak miejscu, powyżej swych własnych interesów, postawią potrzeby i dobro z ludu, dla którego już od dawna pracują i z którym tyłoma węzłami są złączeni. Do rozstrzygnięcia tej ostatniej sprawy Stowarzyszenie zaprosi we właściwym czasie kolegów prowincjonalnych.

Dalej mamy do rozpatrzenia sprawę społeczną, lecz już czysto że tak powiem wewnętrzną zawodu lekarskiego. Mam tu na myśli izby lekarskie, które czynne są w Niemczech i Austrii z dużym powodzeniem. Jest to organ, posiadający władzę prawodawczą w zakresie stosunków między lekarzami i publicznością, jednocześnie zaś ma charakter urzędowy w stosunku do władz. Zarząd będzie się starać dokładnie zapoznać z zasadami, na jakich oparte są izby lekarskie za granicą, ustawy te porównać i zaprojektować władzom stworzenie podobnej instytucji u nas, jeżeli się okaże, że od niej spodziewać się możemy korzyści.

Nareszcie kwestya felczerska, choć nie najważniejsza ze wszystkich, z powodu zbiegu okoliczności, pierwsza będzie odana pod rozpatrzenia Członków Stowarzyszenia.

Z tego sumarycznego wyliczenia Szanowni Koledzy mogą się przekonać, jaki ogrom pracy czeka nasze Stowarzyszenie. Trzeba będzie włożyć wiele pracy i ofiar materialnych, aby uskutecznić reformy, których nasze życie się domaga. Nie wątpimy, że lekarze nasi, powoławszy do życia nową instytucję, nie pozwolą jej zaniknąć, lecz dadzą dowód żywotności swego stanu przez otoczenie opieką stowarzyszenia.

Zarząd sam ani chce, ani może podolać tej pracy; do obradowania nad każdą z wymienionych spraw będzie powoływał kolegów z po za Zarządu, a już dojrzałą rzecz przedstawi ogółowi Członków.

Stosując się wreszcie do życzenia Członków, Zarząd postara się stworzyć własne ognisko, rodzaj klubu, poświęconego życiu towarzyskiemu Kolegów. Klub taki prócz zabawy będzie też miał i poważniejsze znaczenie; stworzy on neutralny grunt, na którym lekarze nasi będą mogli się zbierać i porozumiewać co do wszystkich interesujących ich spraw. Zarząd ze swej strony dołoży wszelkich starań, aby życie towarzyskie utrzymać na wysokim poziomie, a do zabawy wprowadzać będzie i poważniejsze rozrywki, w postaci odczytów z dziedziny fizjologii i biologii.

Pod temi oto hasłami zapraszamy Kolegów do wspólnej z nami pracy.

II.

Sprawozdanie z pierwszego Ogólnego Zgromadzenia Stow. Lek. Pol.

W sali Stowarzyszenia techników odbyło się d. 29 z. m. ogólne zgromadzenie (nadzwyczajne) Stowarz. lekarzy.

Po zagajeniu zebrania przez prezesa Zarządu, d-ra T. Dunina, zgromadzenie, zgodnie z propozycją jego, powołało na przewodniczącego d-ra Szwejcera, a na asesorów d-rów: Dobrzyckiego i Korniłowicza.

D-r Dunin odczytał deklarację Zarządu, którą dajemy w całości powyżej.

Po wysłuchaniu deklaracji, przyjętej przez zgromadzenie z uznaniem, rozpoczęto dyskusję nad zatwierdzeniem regulaminu dla Sądu koleżeńkiego, który podajemy niżej w całości.

Do składu Sądu koleżeńkiego wchodzi d-rowie: Gabszewicz, Kamocki, Ciechowski, Bronowski, Ed. Zieliński, Hen. Nusbaum, Bączkiewicz, Hen. Dobrzycki, Jakimiak, Jaworski, Winiarski, Gajkiewicz, Wac. Łapiński, Giedroyć i Męczkowski.

Regulamin Komisji wyborczej, podany niżej, zatwierdzono bez dyskusji.

Następnie kol. O. Hewelke wygłosił referat w sprawie felczerkiej. Felczerzy są, jak wiadomo, u nas i w Rosyi, lokalnym, bo nie istniejącym zagranicą, zabytkiem zamierchłej przeszłości, któ-

rego rację bytu dawno już wyrzucił po za nawias życia sam już chociażby rozwój wiedzy lekarskiej.

Smutna rola tego elementu w stosunku do szukającego pomocy lekarskiej ludu jest aż nadto znana. Celem zapobieżenia wynikającym ztąd skutkom oraz zabezpieczenia lekarzy od konkurencji z tej strony, tak dobrze znanej lekarzom na prowincyi, prelegent uważa za konieczne, niezależnie od podniesienia poziomu kulturalnego mas ludowych i kontroli nad działalnością felczerów, zniesienie istniejącej w Warszawie szkoły felczerskiej, jako jedynej a przynajmniej głównego źródła, dostarczającego krajowi felczerów. Należałoby natomiast stworzyć szkołę pielęgniarzy i pielęgniarek, która, czyniąc zadość istniejącej od dawna w tej mierze potrzebie, pozwoliłaby jednocześnie usunąć całkowicie od wszelkich czynności ów nieokreślony w swych funkcjach stan felczerki. W dyskusyi, jaka się następnie wywiązała, zaznaczył między innymi d-r Dunin, że do rozstrzygnięcia kwestyi mogą się poniekąd przyczynić i sami lekarze, obchodząc się u łóżka chorego bez zbytecznych pomocników.

Sprawa ta, podjęta w swoim czasie przez *Kronikę*, wywołała bardzo gorącą dyskusję, której wynikiem było, że Zgromadzenie uchwaliło utworzenie osobnej komisji dla opracowania wszechstronnego projektu, dążącego do zniesienia zawodu felczerskiego (najpierw zamknięcia szkoły felczerów w Warszawie) i zastąpienia ich przez wykwalifikowanych pielęgniarzy i pielęgniarek. Wybór składu komisji powierzono Zarządowi.

Regulamin wewnętrzny Sądu koleżeńskiego Stow. Lek. polskich.

Zatwierdzony d. 29-XI, 1906 r.

§ 1. Oprócz, zastrzeżonego Ustawą, wyboru przewodniczącego sądu i jego zastępcy sąd wybiera corocznie z pośród członków swoich sekretarza.

§ 2. Każde podanie o wszczęcie sprawy winno być wręczone na piśmie na ręce przewodniczącego sądu lub sekretarza.

§ 3. Po złożeniu podania sekretarz sądu rejestruje datę podania oraz nazwisko stron do księgi kontroli za N-rem bieżącym—przewodniczący zwoła w jaknajkrótszym czasie (nie przekraczającym jednakże okresu jednego miesiąca) członków sądu, celem przedstawienia im sprawy.

§ 4. Sprawy, polegające na rozpoznawaniu i sądzeniu zarzutów, czynionych członkom Stowarzyszenia (§ 37a Ustawy: rozpoznawanie i sądzenie zarzutów), są rozstrzygane przez komplet sędziów,

którego liczba ma odpowiadać minimum trzem piątym ogólnej liczby członków.

Uwaga. Sąd może wyrzec swą niekompetencję do podjęcia sprawy.

§ 5. Obwiniönemu przysługuje prawo wprowadzenia przed sąd jednego lub dwu kolegów lekarzy w charakterze obroñców, a nawet osobiście nie zjawiać się przed sądem; na żądanie wszakże sądu obowiązany jest stawić się osobiście.

Uwaga. Członkowi, pozostającemu pod zarzutem, przysługuje prawo wyłączenia z ogólnej liczby członków sądu trzech osób.

§ 6. W sprawach, odnoszących się do § 37b Ustawy (rozstrzyganie sporów między członkami), strony wybierają po dwu sędziów z grona członków sądu koleżeńskiego i zawiadamiają o tem na piśmie przewodniczącego sądu. Po zawiadomieniu przez przewodniczącego sędziów o ich wyborze, ci wybierają piątego sędziego z grona członków sądu na przewodniczącego w danym komplecie sędziów.

Uwaga 1. Przewodniczący kompletu wkłada na jednego z czterech sędziów danego kompletu obowiązek prowadzenia protokołu rozpatrywanej sprawy.

Uwaga 2. Przewodniczący sądu, jego zastępca oraz sekretarz nie tracą praw przyjmowania czynnego udziału w kompletach z wyboru stron lub sędziów.

§ 7. Członek sądu może się usunąć od sądenia sprawy na zasadzie ważnych powodów, które przewodniczący sądu uzna za dostateczne.

§ 8. Przewodniczący kompletu winien stronom przedstawić do przeczytania i podpisania paragrafy Ustawy i Regulaminu dotyczące sądu koleżeńskiego.

§ 9. Przewodniczący sądu koleżeńskiego ma prawo wkładać obowiązek na jednego z członków sądu referowania sprawy, odnoszącej się do § 37a Ustawy.

§ 10. Sądowi przysługuje prawo wygłaszania wyroku albo tylko wobec stron, albo też wobec stron i świadków.

§ 11. Sąd polubowny (p. § 6 reg.) sądzi sprawę w zakresie żądanym przez strony spór toczące. Zakres ten winien być wyrażonym na piśmie i przez podpisy stron potwierdzony, jako istotnie stanowiący materję ich sporu.

§ 12. Wyrok sądu polubownego jest ostateczny, obie strony przed osądzeniem sprawy zobowiązują się piśmiennie poprzestać na wyroku bez apelacji, a nawet, gdyby sąd koleżeński uznał to za nieczne, sporządzić rejentalny akt zapisu.

§ 13. W czasie rozpraw sądowych prowadzi się protokół, który sąd w komplecie podpisuje.

§ 14. Kopie wyroku sądu polubownego będą obu stronom na piśmie wydane i podpisane przez przewodniczącego w komplecie i prowadzącego protokół.

§ 15. Sąd przechowuje w porządku księgi swych czynności, protokoły posiedzeń i wydane wyroki.

Uwaga 1. Akta spraw, opieczetowane przez prezydium, składane będą w archiwum sądu w biurze Stow. lek. pol.

Uwaga 2. Otwieranie aktów dozwolone jest tylko z uchwały sądu koleżeńskiego.

§ 16. Sąd koleżeński z inicjatywy przewodniczącego lub trzech członków sądu zbiera się na narady w celu omawiania spraw porządkowych, projektów zmian w regulaminie lub w paragrafach Ustawy, dotyczących sądu, które mają być przedstawione przez pośrednictwo zarządu zebraniu ogólnemu.

§ 17. O postanowieniach i wyrokach sądu decyduje prosta większość członków, biorących udział w sądzie; w razie równości głosów w sprawach odnoszących się do § 37a Ustawy, głos przewodniczącego przeważa.

§ 18. W sprawach, przewidzianych §§ 37a i 39 Ustawy, sąd w takim tylko razie ma moc wydania wyroku potępiającego, jeżeli za wyrokiem takim głosowało nie mniej jak $\frac{2}{3}$ członków sądzących.

§ 19. Członków sądu obowiązuje absolutna dyskrecja.

Regulamin Komisji Wyborczej Stowarzyszenia Lekarzy Polskich.

Zatwierdzony d. 29-XI, 1906 r.

§ 1. Zadaniem Komisji wyborczej jest stanowienie o przyjęciu kandydatów na członków Stow. Lek. polskich.

§ 2. Komisja wyborcza składa się z 24 członków, wybieranych na zgromadzeniu ogólnem co 3 lata większością głosów. Sześciu członków, którzy z kolei otrzymali największą liczbę głosów, są zastępcami. Zastępcy w tym samym porządku kompletują ubywających członków Kom. wyborczej.

§ 3. Komisja wyborcza z pomiędzy siebie wybiera przewodniczącego, pomocnika tegoż i sekretarza.

§ 4. Pierwsze posiedzenie Komisji wyborczej zwołuje prezes Stowarzyszenia, następne zaś—na piśmie—przewodniczący Komisji wyborczej na dwa tygodnie przez posiedzeniem. Komisja wyborcza zbiera się w miarę potrzeby.

§ 5. Zebranie Komisji wyborczej jest prawomocne w razie obecności najmniej 16 członków (z ogólnej liczby 24). Głosują tylko obecni i wyłącznie w imieniu własnem.

§ 6. Członek Komisji wyborczej, który bez zawiadomienia nie był obecny 3 razy z rzędu na posiedzeniach Komisji, przez to samo zrzeka się mandatu.

Uwaga. Po dwukrotnej nieobecności bez zawiadomienia przewodniczący Komisji wyborczej przypomina członkom bieżmie tego §.

§ 7. Przewodniczący przesyła listę kandydatów członkom Komisji wyborczej w zamkniętych kopertach na dwa tygodnie przed posiedzeniem, na którym mają być balotowani.

§ 8. Lista kandydatów zawiera: datę podania się każdego z nich, nazwisko, imię, adres i nazwiska członków, na których się powołuje.

§ 9. Po odpowiedniej dyskusji kandydat podlega tajnemu balotowaniu; przytem o przyjęciu jego rozstrzyga absolutna większość głosów.

Równość głosów decyduje na korzyść kandydata.

§ 10. Decyzją większości obecnych głosowanie na danego kandydata może być odłożone na dwa miesiące od daty tegoż posiedzenia.

§ 11. Kandydat nie jest przyjęty, o ile otrzymał więcej, niż $\frac{2}{3}$ głosów przeciw. Jeżeli zaś otrzymał $\frac{2}{3}$ lub mniej, to na następnym posiedzeniu po nowej dyskusji podlega ponownemu—ostatecznemu głosowaniu.

§ 12. Wyniki balotowania przewodniczący Komisji wyborczej w przeciągu 24 godzin komunikuje Zarządowi Stowarzyszenia lekarzy polskich.

§ 13. Wszystkie szczegóły posiedzenia Komisji wyborczej stanowią tajemnicę, do której zachowania każdy członek Komisji wyborczej jest obowiązany, a za jej naruszenie—po ścisłym ustaleniu faktu—może być wyłączony z jej grona, a nawet oddany pod sąd Stowarzyszenia lekarzy polskich, o czem przewodniczący Komisji wyborczej niezwłocznie zawiadamia Zarząd Stowarzyszenia.

Uwaga. Punkt ten na początku każdego posiedzenia ma być odczytany członkom Komisji wyborczej przez przewodniczącego.

Z KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO.

Kraków, dn. 31 października r. b.

W dniu dzisiejszym odbyło się pierwsze po feryach letnich posiedzenie tutejszego Towarzystwa Lekarskiego. Członków Towarzystwa, jako też i przybyłych gości powitał krótką przemową prezes, docent R u t k o w s k i, poczem przystąpiono do porządku dziennego, zapowiadającego: 1) Demonstracye, 2) Odczyt prof. R o s n e r a p. t. „W sprawie techniki myomotomii drogą brzuszna”.

Demonstracye rozpoczął d-r B o r z ę c k i, przedstawiając dwa przypadki z dziedziny chorób skórnych i wenerycznych. Pierwszy dotyczy chorego, który od dzieciństwa cierpi na słońowaciznę pra-

wej nogi. Zgrubienie kończyny bardzo znaczne, na skórze żadnych ekskoryacji, ani zabarwień patologicznych niema; przy ułknięciu wypływa obficie płyn żółtawy; gruczoły bez zmian. Przypadek ciekawy ze względu na okoliczność, iż żadne zwykłe momenty nie objaśniają powstania tej „samoistnej słońiwacizny“.

Drugi przypadek odnosi się do chorego na rzeżączkę, u którego d-r Borzęcki skonstatował obecność przewodu obokcewkowego (*Meatus paraurethralis*), również jak i cewka uległego zakażeniu rzeżączkowemu.

Po d-rze Borzęckim docent d-r Gliński przystąpił do demonstracji nowotworu, nader ciekawego i rzadkiego ze względu na jego jakość, wielkość i trudność określenia punktu wyjścia. Chodzi tu o mięsak barwnikowy (*Melanosarcoma*), który w formie czarnego grubego nacieku zajął przedewszystkiem (jak się zdaje) sieć, a następnie dał mnóstwo przerzutów w najrozmaitszych narządach; tak więc docent Gliński pokazał ogniska sarkomatyczne wtórne w wątrobie, gruczołach chłonnych, nadnerczach, na otrzewnej, przeponie, osierdziu, pęcherzu, a nawet w szpiku kostnym. Oglądanie natomiast skóry patologicznych zmian nie wykazało: żadnych brodawek barwnikowych, t. zw. znamion rodzinnych itp.; również badanie obu gałek ocznych i odbytnicy nie wykazało zmian. Wobec tego za punkt wyjścia tej sprawy, prawdopodobnie, należy uważać sieć, resp. t. zw. zbląkanę komórki barwnikowe w sieci.

Oprócz *melanosarkomy* przedstawił doc. Gliński rzadki preparat wrodzonej niedrożności dwunastnicy z jednoczesną obecnością *dwóch trzustek* z dwoma oddzielnymi przewodami. Przypadek ten miał posłużyć, jako ilustracya i potwierdzenie zapatrywań na przyczyny wrodzonych niedrożności jelit, co ogłosił przed kilku laty prof. Ciechanowski i doc. Gliński.

Ponieważ po demonstracyach do dyskusyi nie doszło, zabrał głos prof. d-r Rosner.

Zaznaczył on przedewszystkiem swoje stanowisko wobec dzisiejszych sprzecznych poglądów na kwestyę *czy i kiedy* należy operować włókniaki macicy. Nie zgadzając się ani ze skrajnem zdaniem większości francuskich autorów, którzy wszystkie włókniaki radzą operować, ani z wprost przeciwnem zdaniem autorów angielskich, prof. Rosner wybiera drogę pośrednią, przystępując do zabiegu operacyjnego w tych tylko razach, gdzie są już objawy groźne dla życia, lub lada chwila wystąpić mogą. We włókniakach podsurowicznych i podśluzowych wybór drogi, którą ma postępować operator, zazwyczaj nie nastęrcza trudności; natomiast w śródmięzszowych włókniakach staje lekarz wobec poważnego pytania, jaką należy wybrać metodę.

Zdania są tu sprzeczne; większość atoli autorów radzi wykonanie zabiegu radykalnego, drogą brzusznią (*exstirpatio totalis uteri*). Wypełnienie wszakże tego zabiegu napotyka bardzo znaczne trudności techniczne, zwłaszcza w chwili otwierania pochwy, gdyż przy tem nader łatwo zranić odbytnicę, art. uterin. i ureter. Z tego to powodu najczęściej stosowaną jest obecnie operacya „nadpochwo-

wa⁴, w swych następstwach atoli często bardzo przykra z powodu różnych spraw chorobowych, rozwijających się na pozostałym kikutcie części pochwowej.

Aby zmniejszyć trudności techniczne przy „*exstirpatio totalis*“, zaproponowano t. zw. „*Glockensonde*“, którą asystent podczas zabiegu musi wprowadzić do pochwy, aby nią podjąć tylne sklepienie i przez to wskazać operatorowi miejsce cięcia. Sposób ten nie wytrzymuje krytyki, gdyż: 1) sonda po przecięciu sklepienia wchodzi w jamę brzuszną, wnosząc nieczystości, 2) przy zabiegu część pochwowa jest tak wysoko, iż wprowadzający sondę bardzo źle, lub wcale się nie orientuje.

W celu ułatwienia techniki omawianej operacji, prof. Rosner obmyślił instrument, składający się z dwóch części: szczypczyków wygiętych i kulki metalowej wielkości orzecha laskowego z kanałem, przez środek idącym. Prof. Rosner przewleka przez kanał gruby jedwab i wprowadza kulę do tylnego sklepienia; ściany części pochwowej przekłuwa się z dwóch stron, przewleka jedwab i końce zawiązuje w przednim sklepieniu bardzo mocno, aby kanał szyjki całkowicie zamknąć i kulkę w tylnym sklepieniu ustalić. Następnie tamponuje szczelnie pochwę; do zabiegu zaś operacyjnego przystępuje nazajutrz. Oczywiście, kulka wskazuje doskonale miejsce cięcia, po wykonaniu którego wspomnianymi szczypczykami wyciąga się kulkę do jamy brzusznej, chwytając za oba wyloty kanału.

W dyskusyi pierwszy zabrał głos d-r Bogdanik, wyrażając zdanie, iż tylko u starszych kobiet należy stosować operację radykalną, zaś w innych przypadkach przedewszystkiem starać się o zachowanie macicy.

Docent d-r Dobrowolski zgadza się najzupełniej z prelegentem co do złych skutków operacji „*nadpochwowej*“, przytaczając ze swych obserwacji kilka przypadków, w których na kikucie rozwinęły się raki, wysięki, przetoki itd. Co do instrumentu, obmyślnego przez prof. Rosnera, to uważa go za dobry i pożyteczny, lecz w wielu razach do założenia niemożliwy, często bowiem zmiany na części pochwowej stać temu będą na przeszkodzie.

D-r Piotrowski nie przyznaje racji d-rowsi Bogdanikowi, twierdząc, iż lepiej jest usuwać macicę u młodych osób, niż narażać chorą na bardzo groźne komplikacje w razie możliwej ciąży.

D-r Woyciechowski zaznacza, iż Neugebauer już poprzednio udawał się do tamponady pochwy przy „*exstirpatio totalis*“, a więc pomysł prof. Rosnera należy uważać za modyfikację i ulepszenie myśli Neugebauera.

Kończąc dyskusję, prof. Rosner zaznaczył, iż zgadza się w zupełności z doc. Dobrowolskim co do tego, że nowy instrument nie w każdym przypadku da się zastosować.

D-r Bronisław Wejnert.


Kronika bieżąca.

— Z Krakowa od osoby dobrze poinformowanej otrzymujemy następujące pismo:

„Podana w zeszycie 21 *Kroniki Lekarskiej* z dn. 1 listopada r. b. wiadomość, że Uniwersytet Jagielloński wymaga, w razie przystępowania obcokrajowców do zdawania egzaminów na stopień doktora medycyny, deklaracji, że nie będą praktykować w Austrii, jest zupełnie zgodna z prawdą. W tym względzie należy nadmienić, iż to wymaganie, którego się trzymają, bo trzymać się muszą, *wszystkie uniwersytety* w Austrii, a zatem bynajmniej nie sam tylko Uniwersytet Jagielloński, względem obywateli innych państw, polega na ustawie, według której praktyka lekarska w Austrii dozwolona jest tylko obywatelom austriackim, a ponieważ w Austrii z dyplomem doktora medycyny łączy się prawo do praktyki lekarskiej, przeto, by zadosyć uczynić wymienionej właśnie ustawie, nie mogą uniwersytety w Austrii wydawać obywatelom innych państw dyplomów doktora medycyny dopóty, dopóki nie złożą deklaracji, że w obrębie monarchii austriackiej praktykować nie będą. Można ubolewać, że taka ustawa istnieje, ale trzymać się jej musi *volens volens* każdy uniwersytet w Austrii, dopóki ona obowiązuje. Dlatego obywatelowi nieaustriackiemu, który chce otrzymać stopień i dyplom doktora medycyny (a właściwie teraz doktora wszech nauk lekarskich), a z niem i prawo do praktyki lekarskiej w Austrii, nie pozostaje nic innego, jak starać się o obywatelstwo austriackie, co dla człowieka, który wykaże, iż ma źródło własnego utrzymania, i ciężarem gminy, do której zamierza należeć, nigdy nie będzie, nie ulega żadnym trudnościom“.

— D-r Ludomił Korczyński, profesor tytularny nadzwyczajny medycyny wewnętrznej w Uniwersytecie Jagiellońskim, autor wielu cennych prac z zakresu chorób wewnętrznych, w szczególności zaś balneologii i balneoterapii, otrzymał nominację na lekarza ordynującego szpitala w Serajewie w Bośni.

Zmarli. D-r Donat Malkiewicz, wielce ceniony i dużych zasług społecznych lekarz, w listopadzie r. b. we wsi Malewie (gub. mińskiej), w wieku lat 75.

 **Od Administracji.** Zalegających Pp. Prenumeratorów uprzejmie prosimy o przesyłkę należnej prenumeraty.

Redaktor: Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

KALENDARZ LEKARSKI

D-ra J. POLAKA

opuścił prasę

i jest do nabycia we wszystkich księgarniach
oraz u wydawcy

(Dr. J. Polak, Nowogrodzka 82, gmach instytutu szczepienia ospy).

TREŚĆ.

Lista lekarzy: w m. Warszawie, Łodzi, Wilnie oraz na prowincyi w Król. Polskiem. Stowarzyszenia lekarskie krajowe. Instytucye lekarskie z wymienieniem personelu i t. p. (lecznice, szpitale, oddziały lekarskie i personel lekarski dróg żelaznych i t. d.). Farmakologia podług wskazań. Ratownictwo. Otrucia. Spis środków lekarskich, dawkowanie, ilość kropeł różnych płynów w jednostkach wag. Mieszanimy niebezpieczne srodków lekarskich. Wzrost i waga człowieka w różnych okresach życia. Okres inkubacyjny chorób zakaźnych. Ząbkowanie śmiertelność i średnia długość życia. Technika terapeutyczna (terapia dietetyczna w różnych chorobach, upust. krwi, przemysania, lewatywy, drenowanie skóry, elektryzacja, kąpiele, intubacja, inhalacje, fototerapia i t. p.). Spis środków lekarskich.

Cena egzemplarza rb. 1 kop. 50, z przesyłką pocztową za zaliczeniem, wypisując od wydawcy rb. 1 kop. 70.

Wakuje posada

LEKARZA

przy fabryce sukna w m. Porzecze.

Oferty pod adresem:

A. Skirmunt, Porzecze, poczt. st. Pińsk.

Potrzeba lekarza

do miasteczka Kryczew, gub. Mohylewska.

Stała pensya roczna 600 rubli.

Dochód z praktyki do 2000 rb.

Lekarz wyznania mojżeszowego może jednocześnie objąć
obowiązki urzędowego rabina przynoszące
dochodu około 500 rb.

Wiadomość, Nowolipie Nr. 36, m. 76 u Czerniakowa.